

TRZEBA OTWIERAĆ DRZWI¹

Agnieszka Sowa: Opublikowaliśmy w „Polityce” wstrząsający reportaż młodej dziewczyny chorującej psychicznie, która opisała swoje doświadczenia z kilku szpitali. Wciąż jest jak w słynnym *Locie nad kukułczym gniazdem*. Co Pan na to?

Andrzej Cechnicki: To, że nasi pacjenci mają odwagę pisać o swoich złych doświadczeniach z leczenia, to światełko w tunelu. Głosy, które powinny przebić się do opinii publicznej, żeby wiedza na temat tego, jak jest źle w psychiatrii, stała się powszechna. Dla dobra pacjentów: nie straszmy szpitalem, bo to ważne miejsce. Ale musimy żądać, żeby się zmienił na ludzki, rodzinny, mały, żeby każdy dyrektor szpitala znał swojego pacjenta z imienia i nazwiska. Ja się solidaryzuję z autorką reportażu i dzielam jej opinię, że ciągle jeszcze spotykamy w polskiej psychiatrii bezduszość personelu, koszmarnie warunki, leczenie często ograniczone jest tylko do farmakoterapii, brak bliskiej współpracy z rodziną, edukacji. A przecież my lekarze, na co dzień, na wszystkich wykładach, sympozjach i kongresach mówimy, że trzeba inaczej kształtować ten proces leczenia. Żeby nie był dłużej oparty na izolacji, stygmatyzacji, traumie i lęku przed przyszłością. Mówimy jeszcze więcej: trzeba w naszych pacjentach umacniać nadzieję na wyzdrowienie, stwarzać warunki, w których będą mogli pracować, żyć we względnie bezpiecznym poczuciu bezpieczeństwa oraz musimy pomagać także rodzinom pacjentów – edukować je, czynić z nich sojuszników i dzięki tym kompetencjom i wiedzy pobudzać motywację chorych do zdrowienia. Nie tylko pokonywanie objawów jest ważne, nie tylko leczenie farmakologiczne. Ważne są przyjaźnie, związki, relacje, życie w rodzinie, role społeczne i zawodowe, praca, pokonywanie samotności, wreszcie nasz, lekarzy, stosunek do tych osób – to jest nie mniej ważne.

¹ Wywiad Agnieszki Sowy z Andrzejem Cechnickim, „Polityka”, 2015; 2995: s. 28–29. Przedruk za zgodą redakcji.

A.S.: Dlaczego więc jest, jak jest?

A.C.: Środki na psychiatrię są tak ograniczone, że tworzą knebel, który zakłada nam Ministerstwo Zdrowia i NFZ. To, co mamy w Polsce, to jest finansowanie budżetowej zapaści. Deficyt oddziałów psychiatrycznych działających przy szpitalach ogólnych jest obliczany na 20 a 40% – co oznacza, że niezbędne wydatki o tyle właśnie przekraczają sumy przesyłane z NFZ. A przecież nasza psychiatria jest niedofinansowana od 60 lat. Większość szpitali, dużych oddziałów psychiatrycznych pamięta czasy sprzed wojny. To są warunki, które były pomyślane na leczenie osób chorujących psychicznie przed 100 laty. Przy czym różnica finansowania oddziałów psychiatrycznych i somatycznych jest tak duża, że mówimy wręcz o nierównym traktowaniu i dyskryminacji. Nie ma co się zatem dziwić, że mamy odpływ kadry z psychiatrii, bo młodzi ludzie widzą, że to jest przestrzeń pauperyzacji, dyskryminacji strukturalnej, dyskryminacji psychiatrii jako dziedziny medycyny, a także samych psychiatrów. Więc po co mają wybierać taką specjalizację?

A.S.: Mamy podobno świetny Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uchwalony przez parlament już pięć lat temu.

A.C.: To jest bardzo dobry, nowoczesny program, bardzo wysoko oceniany przez europejskich ekspertów, choć musimy zdawać sobie sprawę, że jak na standardy europejskie jest skromny: nie ma w nim nawet połowy zadań i projektów, które zostały już wdrożone w całej Europie. I nie jest to program kosztowny. W momencie, gdy nie ma możliwości finansowania wszystkiego, trzeba finansować centralnie modelowe rozwiązania, trzeba wybrać pewne projekty, otworzyć perspektywy. Ministerstwo Zdrowia miało, jako jedno z podstawowych zadań, tworzyć i wskazać do naśladowania wybrane regionalne programy modelowe, miało inspirować, ale to się nie dzieje. Poza tym, choć program nie jest kosztowny, to jednak żeby był w podstawowy sposób realizowany, musi mieć średnią europejską, czyli 5,5% w budżecie przeznaczonym na zdrowie.

A.S.: Ta reforma w ogóle się zaczęła?

A.C.: Programy tego typu to są wieloletnie projekty. Poważne systemowe przekształcenie nie może się dokonać w ciągu zaledwie 5 lat. Ale wstępny etap powinien być już daleko bardziej zaawansowany. Są oczywiście pozytywne przykłady, takie miejsca w Polsce, gdzie dzięki inicjatywie i zaangażowaniu entuzjastów powstają spółdzielnie socjalne, ośrodki współprowadzone przez osoby chorujące, zakłady aktywizacji zawodowej, firmy społeczne. Jest w Polsce ponad setka zespołów środowiskowych, które prowadzą leczenie w domu pacjentów, omijając pobyt w szpitalu. Ale to jest taka reforma od dołu, trochę wbrew centrali, gdzie króluje marazm, o czym może świadczyć choćby to, że w 2012 roku Ministerstwo Zdrowia nie zrealizowało żadnego z 11 zadań

zapisanych w programie. A były to zadania zupełnie fundamentalne, bez których nie ma szans na ruszenie z procesem reform i przekształcania. Między innymi dlatego powstała organizacja pozarządowa, ruch obywatelski pod nazwą Ogólnopolskie Porozumienie na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, domagające się realizacji uchwalonych aktów prawnych i wydanych już dawno rozporządzeń.

A.S.: Ja czegoś nie rozumiem. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma rangę ustawy, uchwalono go niemal jednomyślnie, przy zaledwie jednym głosie przeciwnym, są do tej ustawy rozporządzenia Rady Ministrów i po niemal pięciu latach jego realizacji muszą się domagać organizacje pozarządowe? Kto jest za to odpowiedzialny?

A.C.: Zgodnie z rozporządzeniem rządu to resort zdrowia miał kierować wszystkimi zadaniami dotyczącymi programu i koordynować pracę pozostałych sześciu ministerstw (edukacji, pracy i polityki społecznej, szkolnictwa wyższego, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych, obrony narodowej) i Narodowego Funduszu Zdrowia. Tymczasem jest to resort, który w najmniejszym stopniu wywiązał się z realizacji swoich własnych zadań, z 31 wykonał zaledwie 3. A koordynacji nie dało się zauważyć. Przed laty był w ministerstwie zespół koordynujący, ale zniknął. Postulujemy więc, by np. zamiast departamentu patologii społecznej powstał departament zdrowia psychicznego i żeby jego podstawowym zadaniem było wdrażanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Żądamy, aby taka struktura powstała i by wreszcie było jasne, kto ponosi odpowiedzialność za to zadanie.

A.S.: A jaka jest rola Narodowego Funduszu Zdrowia?

A.C.: NFZ nie zrealizował swojego głównego, najważniejszego zadania z programu. Fundusz powinien opracować i wdrażać cały system finansowania świadczeń zdrowotnych, który uwzględniałby specyfikę środowiskowego modelu psychiatrii, promował jego rozwój i zwiększał nakłady na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia. Urzędnicy zapomnieli również o opracowaniu standardów postępowania i procedur medycznych uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego.

A.S.: Panie doktorze musimy wyjaśnić, na czym ta reforma ma polegać. Ponieważ właściwie się nie rozpoczęła, obawiam się, że większość Polaków nie wie, o co chodzi.

A.C.: To jest rzeczywiście jeden z najnowocześniejszych programów w Europie, który unika wielu wad i błędów programów europejskich, jest skromnym programem, ale z fundamentalną wizją pacjenta i jego podmiotowości, zwracający uwagę na nową sytuację, w której pacjenci i ich rodziny są

podmiotem, naszymi partnerami w leczeniu i chcą być współodpowiedzialni za ten proces. Program ma trzy proste cele. Pierwszy to promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, czyli zarówno edukacja, przeciwdziałanie stygmatyzacji, jak i wczesne rozpoznawanie zaburzeń. Potem mamy rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego. To też jest istotne, potrzeba takiej psychiatrycznej bazy danych, gdzie byłyby razem wszystkie ośrodki, centra, szpitale, wszystkie miejsca, gdzie pacjenci mogą uzyskać różnego rodzaju pomoc. Bo to jest szczególnie grupa chorujących i nie możemy o tym zapominać. Wreszcie najważniejszy, fundamentalny cel, czyli zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia. Pod tym hasłem kryje się współpraca psychiatrii zorientowanej na środowisko z pomocą społeczną. I jak największe włączenie osób chorujących w życie społeczne poprzez podejmowanie różnych ról zawodowych.

A.S.: Na czym polega środowiskowy model psychiatrii, na którym opiera się program?

A.C.: To metoda, która w Europie jest powszechna od lat 70. Zamiast izolowania pacjentów w wielkich psychiatrycznych szpitalach, z dala od domu, przyjaciół, rodziny, leczenie jest prowadzone w ich środowisku. Najlepiej w domu, w poradniach blisko domu lub na oddziałach dziennych, ale gdy trzeba również na oddziałach psychiatrycznych, najlepiej przy szpitalach ogólnych. Wielki szpital musi zostać zastąpiony siecią wyspecjalizowanych instytucji pracujących w otoczeniu pacjenta, przy współpracy z rodziną i najbliższymi. To one mają leczyć i pomóc pokonać objawy choroby, ale też zbudować brakujące kompetencje w znoszeniu stresu, pomóc rodzinie, zadbać o wspólnie spędzany czas oraz pracę. Mamy niebudzące wątpliwości naukowe dowody, że kontekst, miejsce, w którym prowadzone jest leczenie, atmosfera i rodzinny klimat mają leczący wpływ, decydujący o przebiegu choroby. Ludzkie relacje, tak jak mogą powodować problemy, tak też mogą je niwelować.

A.S.: Program zakłada, że taki model leczenia byłby koordynowany przez Centra Zdrowia Psychicznego.

A.C.: To jest instytucja na poziomie lokalnym, np. dla powiatu, czyli około 200 tys. społeczności. I w takim centrum miał się znaleźć zarówno mały oddział przy szpitalu ogólnym, jak i oddział psychiatryczny w szpitalu już istniejącym – tylko zrekonstruowany, do tego oddział dzienny, na który pacjenci przychodzą na terapię już trochę jak do pracy, na noc wracając do domu, plus zespół leczenia środowiskowego jako zupełnie podstawowa forma leczenia. Te zespoły opieki świadczą w domu. W kwietniu, w Łodzi, spotykają się

pod patronatem Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji PTP zespoły leczenia środowiskowego z całej Polski, aby posumować bardzo owocne dotychczasowe doświadczenia. Potrzebne są też warsztaty terapii zajęciowej, firmy społeczne, gdzie chorujący mogliby pracować, spółdzielnie socjalne, zakłady aktywizacji zawodowej, mieszkania chronione. Cała sieć instytucji psychiatrii i pomocy społecznej tworzona często przez organizacje pozarządowe i współpracujące z nimi stowarzyszenia pacjentów i rodzin.

Środki – przeznaczone na psychiatrię zarówno z budżetu, jak i z pomocy społecznej, z samorządów lokalnych, z dotacji unijnych przekazywanych organizacjom pozarządowym – powinny być wykorzystywane do wspólnego celu, do takich całościowych, kompleksowych programów leczenia. Nie możemy zakładać, że obciążymy wszystkim szpitale. Jeżeli przyjmimy, że społeczeństwo nasze się starzeje i będziemy mieć za chwilę miliony seniorów, a 20% z nich będzie potrzebowało pomocy psychiatrycznej, to żaden system państwowy tego nie udźwignie. Bez współpracy z organizacjami pozarządowymi, organizacjami rodzin, organizacjami pacjentów, bez pomocy sąsiedzkiej, pomocy w domu, w którym człowiek mieszka – ten system leczenia i opieki okaże się niewydolny i nigdy nie zacznie dobrze działać. Nie trzeba dużo wyobraźni, żeby zrozumieć, że to jest jedyny sensowny program, który ratuje już nawet nasze pokolenie. Za 10, 20 lat całe społeczeństwo doświadczy codzienności, dla której spoiwo społeczne przygotowujemy dzisiaj.

A.S.: Ale te centra zdrowia psychicznego praktycznie nie powstały i podobno uniemożliwia to m.in. ustawa o działalności leczniczej, uchwalona już po wejściu w życie Narodowego Programu, która wyklucza łączenie opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej w ramach jednego podmiotu leczniczego.

A.C.: To jest taka pozorna trudność, to było zwykłe niedopatrzenie ze strony ministerstwa i można je było naprawić już dawno, jednym rozporządzeniem. Co, mam nadzieję, nastąpi. Bo integracja, kompleksowość i ciągłość opieki jest w psychiatrii nieodzowna. Po leczeniu na oddziale całodobowym człowiek nie może trafiać w próżnię. Ludzie po takim leczeniu są jeszcze bardziej zagrożeni samobójstwem niż w trakcie pobytu w szpitalu. Jest przepaść między życiem szpitalnym a powrotem do szkoły, na studia, do codzienności. Muszą zatem powstać te struktury pośrednie, oddziały dzienne na przykład, które będą przeprowadzać osobę do życia bardziej już aktywnego, z dystansem do swojej choroby i pewną kompetencją udziału we własnym leczeniu. Takie programy leczenia już w Polsce są, my nie mówimy o czymś, co nie istnieje. Są nawet takie miejsca, które mogą być wskazane jako wzór dla całego kraju, a nawet Europy. Są również pojedyncze duże szpitale psychiatryczne, jak np. szpital im. Babińskiego w Krakowie, którego dyrektor ma i realizuje taką całościową wizję reformy i przekształcenia szpitala w nowoczesną pla-

cówkę. Tylko to wciąż nie są rozwiązania systemowe, całościowe, to zaledwie wzory dobrych praktyk. Zostały opisane w książce wydanej przez profesor Irenę Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich, dlatego że ta reforma jest również wielką działalnością obywatelską.

A.S.: Są powiaty, gdzie nie tylko nie ma zespołu środowiskowego, ale nie można się dostać nawet do psychoterapeuty.

A.C.: Są wzorcowe powiaty, wzorcowe dzielnice miast, ale nie są systemowym, powszechnym rozwiązaniem. One powinny dostać zielone światło, powinny stać się przykładem. Trzeba rok po roku zaplanować, jakie są możliwe kolejne kroki, które działania będą natychmiast mogły być sfinansowane, a które muszą poczekać.

A.S.: Narodowy program zakłada bliską współpracę samorządów, na które miałyby spaść część zadań, a te twierdzą, że nie mają na to pieniędzy.

A.C.: Z moich obserwacji wynika, że to samorządy są najbliższym sojusznikiem psychiatrii i chętnie realizowałyby ten program. Coraz powszechniej rozumieją, że to chodzi o ich matki, wujków, siostry i dzieci. Jeżeli zobaczą, że problem dotyczy 25% ich własnego środowiska, to zaczynają o tym myśleć inaczej. Ale jest prawdą, że nie mogą tego robić bez żadnych zabezpieczeń finansowych. Jakies finanse powinny w samorządach zostać, aby mogły taki wielki program realizować. Są samorządy, które zrobiły bardzo dużo dla osób chorujących na swoim terenie i mogą być przykładem. Na przykład doktor Ewa Giza (powiat kołobrzeski) może opowiadać całej Polsce, ile zrobiła ze swoim samorządem w powiecie. Albo powiat nowotarski, gdzie firma społeczna z osobami chorującymi psychicznie działa w starostwie – restaurację, w której jadają wszyscy pracownicy urzędu, prowadzą osoby chorujące psychicznie. Ile programów tam jest, ile instytucji powstało, również zespołów środowiskowych. Ten nowotarski powiat ma swojego dobrego gospodarza, wicestarostę, psychiatrę, doktora Macieja Jachymiaka, a ja każdemu powiatowi życzę takiego oparcia we wrażliwym społecznie samorządowcu. Podobnie jak w powiecie kołobrzeskim, otwarte serce dla reformy jest w wielickim...

A.S.: Na 380... Dużo pracy przed nami. Jak już jesteśmy przy lokalnych inicjatywach, to „Zielonego Dołu”, Lidera Przedsiębiorczości Społecznej w Małopolsce, w której „Laboratorium Cogito” zatrudniało 20 osób chorujących psychicznie w Krakowie, nie udało się uratować, bo Urząd Wojewódzki wymówił umowę najmu posesji.

A.C.: ...a Małopolski Lider Przedsiębiorczości Społecznej jako firma społeczna przestał istnieć. Jednak wszyscy pacjenci dostali pracę w innych miejscach, kilka osób przygarnął Pensjonat „U Pana Cogito” i powstałe w zeszłym roku dwie spółdzielnie socjalne prowadzone już przez inne podmioty

– i to jest osiągnięcie środowiska. Ale myślę, że mimo tej porażki krakowski program dla osób chorujących psychicznie może być wymieniany jako modelowy, kompleksowy program łączący leczenie i pomoc społeczną. Mamy współpracującą sieć 14 instytucji: Zakład Aktywizacji Zawodowej „U Pana Cogito” i firmę społeczną „Laboratorium Cogito”, Centrum Seniora, mieszkania terapeutyczne, ambulatoria, dwa oddziały dzienne, w tym oddział rehabilitacyjny, warsztaty terapii zajęciowej, działalność dydaktyczną i naukową prowadzoną przez Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM wspólnie ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju i Opieki Środowiskowej, która koncentruje się wokół psychiatrii środowiskowej, stowarzyszenia pacjentów, rodzin, poradnie rodzinne. Przegraliśmy jedną ważną instytucję, ale równocześnie stworzyliśmy następną: Środowiskowy Dom Samopomocy.

A.S.: Podobno nie tylko część środowisk samorządowych dystansowała się wobec programu. To samo mówi się o lobby dyrektorów wielkich szpitali psychiatrycznych.

A.C.: Na pewno wielu kolegów pracujących w dużych instytucjach psychiatrycznych boi się tej zmiany, boi się utraty miejsca pracy, ale my ich zachęcamy, żeby uwierzyli, że najbardziej są potrzebni swoim pacjentom w prawdziwym życiu. Żeby się odważyli i poszli za tymi pacjentami. Chcemy, żeby nam uwierzyli, że my, pracując wcześniej przez wiele lat w opiece całodobowej, dopiero teraz, gdy przeszliśmy do pracy w środowisku, widzimy ogromny sens i wartość tego, co robimy. Widzimy, jak nasi pacjenci zdrowieją. Zawsze oczywiście pozostanie jakaś grupa osób, która powinna świadczyć dobrą opiekę całodobową. Szpital w tej nowej strukturze nie znika, to niemożliwe przecież i nikt tego nie chce.

A.S.: Ministerstwo o realizacji narodowego programu nie rozmawia z przedstawicielami waszego porozumienia, tylko właśnie z dyrektorami tych dużych szpitali psychiatrycznych.

A.C.: A my wciąż mamy nadzieję, że to środowisko zaangażowane od lat w reformę zostanie wysłuchane.

A.S.: Narodowy program, choć właściwie nie zaczął być realizowany, powoli dobiega końca, bo był zadekretowany na lata 2011–2015. Co się teraz musi wydarzyć?

A.C.: Przedłużenie programu do 2020 roku. Wyłonienie głównych celów, rozwiązanie wspomnianej trudności legislacyjnej, utrudniającej powoływanie centrów zdrowia psychicznego, sfinansowanie tych centrów, wsparcie finansowe zwłaszcza oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, utworzenie podkomisji zdrowia psychicznego w sejmie, przekształcenie w departament ochrony zdrowia psychicznego jednego z departamentów

w ministerstwie. Powoływanie zespołów leczenia środowiskowego i odpowiednie ich finansowanie. Wreszcie opracowanie programu finansowania i kształcenia terapeuty środowiskowego, bo powstał nowy zawód, ale kształcenie do tego zawodu nie ruszyło, bo nie było na to środków.

A.S.: Czyli wracamy znowu do pieniędzy. W tym roku na opiekę nad chorującymi psychicznie przewidziano aż o 500 mln zł mniej, niż zakładał narodowy program.

A.C.: A my będziemy mieli coraz więcej takich publikacji jak reportaż w „Polityce”. I to będzie dramat. Musi być 5% dla psychiatrii i przede wszystkim musi być harmonogram dochodzenia do tych 5% w kolejnych latach. Musi być też wyjaśniona sprawa, czy rzeczywiście rząd polski zrezygnował, jako jedyny w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, z przeznaczenia dotacji unijnych w latach 2015–2020 na reformę opieki psychiatrycznej? A to byłaby już tragedia. Przecież co czwarta rodzina w Polsce ma jakiś problem ze zdrowiem psychicznym, a 10% społeczeństwa – poważne zaburzenia zdrowia psychicznego. Trzeba wreszcie uzmysłwić sobie wielką skalę problemu i zacząć o tym myśleć poważnie. Może politycy powinni uświadomić sobie, że chorujący psychicznie i ich rodziny to 6–8-milionowy elektorat? Nasze Porozumienie na rzecz NPOZP weźmie aktywny udział w najbliższej kampanii wyborczej. Będzie edukować i zachęcać, aby głosować na tych kandydatów, którzy będą prawdziwie chcieli wesprzeć realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Także dlatego, że nieodpowiednie leczenie chorujących psychicznie kosztuje nas wszystkich znacznie więcej pieniędzy, niż to, co musimy wydać na dofinansowanie psychiatrii.